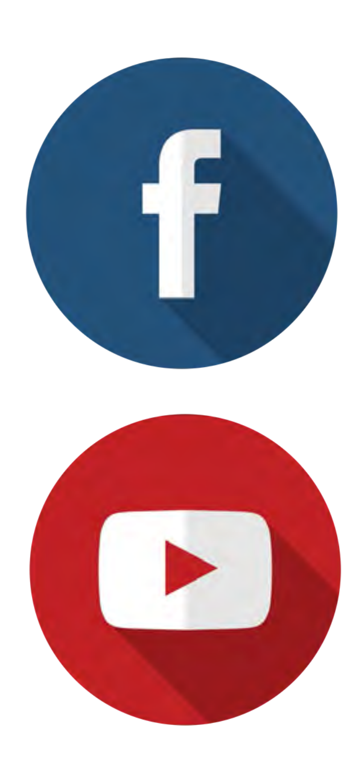
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







L'incontinence Urinaire

Pr BELKACEM – NACER

Introduction :

-Pathologie fréquente -Sujet tabou
-retentissement psychologique et social important
-Problème d'information – formation
-Nouvelles thérapeutiques
Epidémiologie :
-Sexe : Femme / Homme
-Facteurs favorisants :
Femme : Obésité, multiparité, activité sportive, chirurgie pelvienne
Homme : Incontinence urinaire et SBAU

Types d'incontinence urinaire

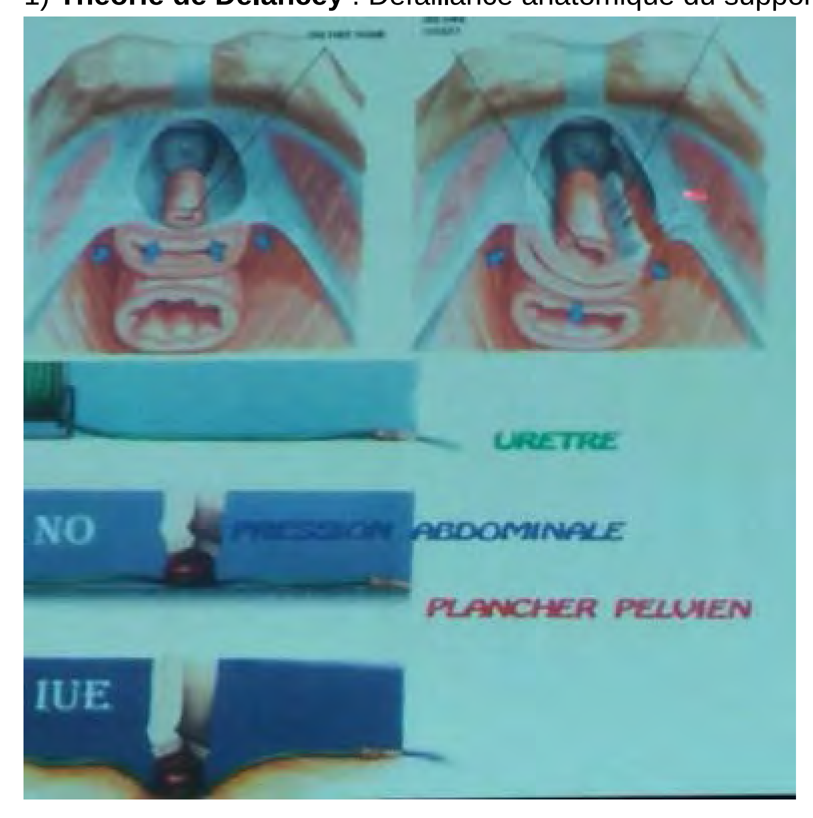
-Incontinence urinaire d'effort
-Incontinence urinaire par impériosité
-Incontinence urinaire mixte

Physiologie de la vessie :

*Fonction : Stockage et élimination des urines
*Contrôle neurologique complexe :
-Système sympathique et somatique : support de la continence
-Système para sympathique : moteur de la miction

Mécanismes :

1) **Théorie de Delancey** : Défaillance anatomique du support



2) **Insuffisance sphinctérienne**

**Les facteurs de clôture de l'urètre :*

-Muscle lisse sous contrôle alpha adrénergique
-Importance des récepteurs ostrogéniques
-Rôle du sphincter strié
-Propriétés de la muqueuse urétrale
-Rôle du plexus vasculaire sous muqueux

**Etiologies de l'insuffisance sphinctérienne :*

-Affections neurologies –Antécédents chirurgicaux –Radiothérapie

Examen Clinique : CAPITAL +++

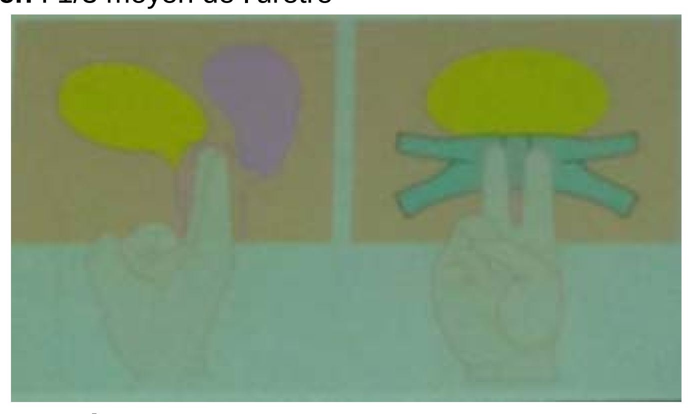
-Fait le diagnostic -Nature de l'incontinence urinaire
-Apprécie le retentissement -Stratégie thérapeutique

Interrogatoire :

-Ancienneté du trouble – circonstances d'apparition
-Type des fuites, spontannées ou à l'éffort
-Circonstances déclenchantes
-Importance des fuites (nombre, type de protection /j)
-Evolutivité -Retentissement psycho-social
-[ ] : catalogue mict, MHU (hypermobilité urétrale), contilife

Examen clinique :

Manœuvre de Bonney : Soutien du col à l'effort : + si disparition des fuites
Manœuvre d'Ulmsten : 1/3 moyen de l'urètre



<u>Examens complémentaires</u> :

-Examen cytobactériologique des urines
-Echographie abdomino-pelvienne, calcul du résidu post-mictionnel
-Autres : UCR, IRM, Cytoscopie

->Bilan Urodynamique :

L'examen urodynamique permet :

1- D'identifier les facteurs responsables de l'incontinence urinaire
2- D'étudier le fonctionnement vésico-sphinctérien
3- De prédire un risque éventuel pour le haut appareil urinaire
4- De prédire les complications éventuelles d'un traitement de l'incontinence
5- De comprendre les raisons de l'échec d'un traitement de l'incontinence

->Débimétrie :

-Analyser la qualité de la vidange vésicale
-Le temps de miction
-Le débit maximum
-Aspect de la courbe
-Obstruction : Débit maximal <15 ml/s

->Cystomanométrie

Etudie la pression vésicale pendant le remplissage :
-La pression detrusorienne de base - La perception du besoin
-L'activité detrusorienne - La capacité vésicale -La compliance vésicale

->Profilométrie urétrale

Exploration sphinctérienne :
-Statique (au repos)
-Dynamique (à l'effort)
-Pression de clôture : **110 – âge +/- 20%** (<30 cm d'eau = insuffisance sphinctérienne)
-Qualité du sphincter
-Longueur urétrale

Traitement :

1. **Conseils hygiéno-diététiques** : Agir contre les facteurs de risques +++
Obésité, activité sportive, constipation, bronchite chronique, rhinite allergique, réduire les boissons

2. **Rééducation :**

-But : Renforcer le tonus du plancher pelvien et du sphincter strié
-Sollicite les muscles élévateurs de l'anus et les bulbo-spongieux
-*Traitement de 1ère intention :*
Electrothérapie Biofeedback
Rééducation manuelle Auto rééducation

Bandelettes sous urétrales : -TVT (Tension-free vaginal tape)
-TOT : in-out / out-in
- Mini bandelettes

Sphincter artificiel :
-Guérison de 90%
-Indication : Récidives d'IUE sévère BSU et/ou injections urétrales, insuffisance sphinctérienne majeur (PCUM < 20 cm d'eau)
-Complications : érosions urétrales, infection du matériel prothétique

Traitement de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale :
-Anticholinergiques -Toxines botuliques -Neuromodulation sacrée